ITEM 314 : TUMEUR VÉSICALE

Rangs et informations priorisés comme suit : Fiche LiSA > Collèges (Urologie > Cancérologie)

- 4e (LiSA) **5e** (Uro) **cancer le plus fréquent** en France avec 12 000 cas/an, 2e cancer urologique.
- 7e cause de décès par cancer, 5000/an, 3 % des décès par cancer.
- Âge moyen de **75 ans** au diagnostic, majorité chez les **hommes** (6/1), incidence **en baisse** (exposition moindre aux facteurs carcinologiques comme le tabac ou les carcinogènes chimiques).
- Pronostic intermédiaire = survie à 5 ans estimée à 55 %.
- 95 % des cas : tumeur **urothéliale (cellules transitionnelles)** = épithélium de revêtement de tout l'arbre urinaire, des cavités excrétrices rénales au méat urétral.
- Vessie touchée préférentiellement (90 %) car grande surface et contact prolongé avec les carcinogènes.
- Prise en charge dépend du **caractère infiltrant ou non du muscle vésical.**
- Tumeur vésicale non infiltrant le muscle (TVNIM) (75 % des cas) :
  . Atteinte épithélium de revêtement (pTa) ou du chorion (pT1) → **pas d'infiltration du détrusor.**
  . TTT : conservateur.
  . Objectif : éviter récidive/progression vers forme infiltrante.
  . Critères de gravité : multifocalité, volume tumoral, grade tumoral, CIS, récidive.
- Tumeur vésicale infiltrant le muscle (TVIM) (25 % des cas) :
  . = ≥ pT2.
  . TTT : non conservateur (cystectomie).
  . Objectif : éviter les metastases.
- Une tumeur de vessie doit faire rechercher une **seconde localisation de tumeur urothéliale** (calices → urètre).

<table>
<tr><td rowspan="4">DG</td><td>FdR</td><td colspan="2">- Sexe masculin (RR = 4).
- Tabac : RR = 3.
- Exposition professionnelle (10 %) : amines aromatiques (colorant, plastique, caoutchouc), nitrosamine (colorant, conserve de poisson), hydrocarbure aromatique polycyclique (goudron, métallurgie, suie de combustion du charbon), solvants chlorés (imprimerie, fabrication d'encres/colles, nettoyage à sec) = tableau 15 ter et 16 bis des pathologies en médecine du travail, 35 bis du régime agricole.
→ La découverte d'une tumeur de la vessie doit faire évoquer systématiquement une exposition professionnelle.
→ Surveillance par cytologie urinaire tous les 6 mois si exposition à risque très élevée ou > 1 an à risque élevé.
- Inflammation/irritation vésicale :
. Bilharziose urinaire (origine africaine, surtout égyptienne) → carcinome épidermoïde.
. Sondage vésical chronique (vessie neurologique).
. Cystites à répétition.
. Irradiation pelvienne, retardée (plus de 5 ans).
. Exposition à certaines chimiothérapies (cyclophosphamide).
- Atcd : tumeur du bas ou du haut appareil urinaire, syndrome de Lynch.
NB : absence de lésion précancéreuse pour les cancers vésicaux.</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">- Hématurie macroscopique (80 %) → toute hématurie micro ou macroscopique doit faire rechercher une tumeur vésicale (mais aussi une tumeur d'un rein ou d'un uretère), hématurie volontiers terminale.
Pas de corrélation entre l'intensité de l'hématurie et la gravité de la cause.
- Signes irritatifs vésicaux (20 %) : pollakiurie, impériosité, brûlure mictionnelle, cystites à répétition → doit faire rechercher une tumeur vésicale après élimination d'une infection urinaire par l'ECBU.
- Rechercher des signes en faveur d'une extension loco-régionale
• Touchers pelviens (recherche d'un blindage pelvien).
• Palpation abdominale et lombaire (masse hypogastrique = tumeur volumineuse ? /douleurs lombaires = obstruction urétérale ?)
- Rechercher des signes en faveur de métastases
• ADP sus claviculaires ?
• Signes d'anémie, de dénutrition ?
• Palpation osseuse douloureuse ?
• Auscultation pulmonaire.
• AEG.
- Score G8 si âge > 70 ans : outil de dépistage gériatrique qui permet aux oncologues d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie.</td></tr>
<tr><td>EC</td><td>Créatinine</td><td>- Évaluer le retentissement rénal.
- Indispensable avant de prescrire un uro-TDM pour rechercher une tumeur synchrone du haut appareil urinaire.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">HISTOLOGIE</td><td rowspan="2"></td><td>Cytologie urinaire</td><td>= Recherche de cellules tumorales desquamées dans les urines (sur 3 jours) par examen anatomopathologique.
- Notamment utilisé dans la surveillance des professionnels exposés à des carcinogènes.
- Résultat : . Résultat normal : le diagnostic de carcinome urothélial n’est pas écarté.
. Cellules atypiques : une nouvelle cytologie peut être demandée.
. Cellules suspectes : cystoscopie pour confirmer le diagnostic et localiser la tumeur.
Sa normalité n’exclut pas le diagnostic et ne dispense pas d’une cystoscopie (excellente VPP, mais sensibilité faible de l’ordre de 50 % et examen faussé en cas d’hématurie.</td></tr>
<tr><td>Cystoscopie</td><td>= Examen de référence : en consultation, sous AL, après ECBU stérile.
- Avec un fibroscope souple > rigide.
- Cartographie vésicale avec schéma détaillé : nombre, taille, topographie, aspect des tumeurs (polype sessile ou pédiculé, papillaire ou solide…) et de la muqueuse vésicale.
- Optionnelle si forte suspicion de tumeur vésicale à l’imagerie.
➞ Seule une fibroscopie normale permet d’exclure le diagnostic de tumeur de vessie.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Résection transurétrale de vessie</td><td>- Indication : tumeur visualisée à la cystoscopie ou à l’échographie.
- Condition : au bloc opératoire, sous AG ou ALR, ECBU stérile, arrêt des ATC (ou relais).
- Au cystoscope à tube rigide, utilisation possible de produit fluorescent pour détecter les lésions de carcinome in situ.
- Doit être macroscopiquement complète (ce n’est donc pas une biopsie), suffisamment profonde pour atteindre le détrusor et respecter les méats urétraux si non envahis.
- Rôles :
• Diagnostique : diagnostic anatomopathologique de certitude et histologie.
• Pronostique : stade et grade tumoral, distingue TVNIM/TVIM, évalue risque de progression/récidive en cas de TVNIM.
• Thérapeutique en cas de TNVIM (= seul geste vraiment nécesssaire, +/- associé à instillations endovésicales en ft du risque).
/!\Pour les TVIM la résection ne permet pas de dire s’il s’agit de T2, T3 ou T4, seule la cystectomie le permet.</td></tr>
<tr><td>HISTOLOGIE</td><td colspan="3">Type histologique :
- Carcinome urothélial (95 %) : différenciation épidermoïde (5 %) ou adénocarcinomateuse.
- Formes rares (5 %) : carcinome épidermoïde (penser bilharziose), adénocarcinome.
- Formes exceptionnelles (< 1 %) : carcinomes neuroendocrines, sarcomes.
Stade tumoral T = profondeur de l’envahissement vésical :
- TVNIM : ≤ T1.
• Ta : tumeur papillaire.
• Tis : carcinome in situ (toujours agressif).
• T1 : chorion.
- TVIM : ≥ T2
• T2 = musculeuse.
• T3 = graisse péri-vésicale.
• T4 = organe de voisinage.
➞ En cas de TVIM, seule la pièce opératoire de cystectomie permet la stadification définitive T2, T3 ou T4.
Grade tumoral : degré de différenciation de la tumeur ➞ valeur pronostique.
- Néoplasie de faible potentiel de malignité.
- Bas grade (bon pronostic).
- Haut grade (mauvais pronostic).
/!\attention : CIS et TVIM sont toujours de haut grade.</td></tr>
<tr><td>FACTEURS PRONOSTIQUES ET STADIFICATION DU RISQUE DES TVNIM</td><td colspan="3">TVNIM (75 % des cas) : > 80 % de survie à 5 ans, avec récidive (50 % des cas) ou évolution en TVIM (15 % des cas).
TVIM (25 % des cas) : < 50 % de survie à 5 ans, avec risque d’évolution métastatique.
Critères anatomopathologiques (majeurs)
- stade T, grade G, présence de carcinome in situ.
= risque de progression.
Critères endoscopiques (mineurs)
- tumeur récidivante, multifocalité, taille > 3 cm.
= risque de récidive.

Au total 4 groupes de risque (= guident le traitement) :
- Risque faible : Ta, bas grade, < 3 cm, unifocale, pas d’ATCD de tumeur vésicale.
- Risque intermédiaire : Ta, bas grade, aucun des critères de haut/très haut risque.
- Risque élevé : pT1 ou haut grade ou CIS.
- Risque très élevé : pT1 + haut grade + CIS ou multifocal ou > 3 cm ou envahissement lymphovasculaire ou localisation urétrale.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">TVNIM</td><td>Extension</td><td colspan="3">- Aucun bilan d'extension n'est nécessaire pour la TVNIM elle-même (bilan loco-R ou à distance).
- Uroscanner avec un temps tardif urinaire ou excrétoire : recherche d'une tumeur des voies excrétrices urinaires supérieures concomitante.</td></tr>
<tr><td>Bases du TTT</td><td colspan="3">- Arrêt de l'exposition aux carcinogènes.
- RCP, ALD.
- Soins de supports associés.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td>2^d RTUV</td><td colspan="2">= 2^d look pour stadification plus précise, 4 à 6 semaines après la 1^{re} RTUV si :
. 1^{re} résection probablement incomplète (tumeur volumineuse).
. Risque de méconnaitre une TVIM (stade T1, muscle non visualisé sur les copeaux).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Instillation endovésicale</td><td colspan="2">= Instillation de mitomycine C (Amétycine®) ou de BCG (Immucyst®, Oncotice®).
- Indications dépendent du risque de récidive et de progression vers TVIM.</td></tr>
<tr><td>Indication</td><td>- Faible risque : instillations en post-opératoire précoce puis cystoscopie précoce puis annuelle.
- Risque intermédiaire : mitomycine intravésicale ou BCG-thérapie courte puis cystoscopie précoce puis 1x/6 mois.
- Risque élevé : BCG thérapie longue puis cystoscopie précoce puis 1x/3mois.
- Risque très élevé : proposer cystectomie/si refus idem risque élevé.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TNIM</td><td>Extension</td><td colspan="3">- Uroscanner avec un temps tardif urinaire ou excrétoire : recherche d'une tumeur des voies excrétrices urinaires supérieures concomitante (apparaissant comme une lacune dans la voie excrétrice).
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté avec temps tardif urinaire (uroscanner) : obstruction urétérale, tumeur des VEUS, envahissement loco-régional et à distance (ADP et MT).
- Sur point d'appel :
. Scintigraphie osseuse si douleurs osseuses, anomalie osseuse au TDM, métastases pulmonaires.
. TDM cérébrale si troubles neurologiques.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT</td><td>Traitement chirurgical curatif</td><td colspan="2">Traitement chirurgical non conservateur.
- Cysto-prostatectomie totale chez l'homme.
- Pelvectomie antérieure chez la femme : cysto-urétrectomie + hystérectomie + annexectomie + exérèse de la paroi antérieure du vagin.
- Curage ganglionnaire pelvien systématique.
- Déviation urinaire :
. Non continente : urétérostomie directe ou transiléale type Bricker.
. Continente : entérocystoplastie (néo-vessie).</td></tr>
<tr><td>Traitement adjuvant</td><td colspan="2">- Chimiothérapie néoadjuvante (cisplatine).
- Si refus/contre-indication de cystectomie : résections-radio-chimiothérapie précédée d'une chimiothérapie néo-adjuvante.</td></tr>
<tr><td>Suivi</td><td colspan="3">- Examen clinique + TDM thoraco-abdo-pelvienne tous les 6 mois.</td></tr>
<tr><td>TVIM</td><td colspan="4">- Pas de traitement curateur (pas de cystectomie).
- But du traitement : retarder l'évolution de la maladie = TTT palliatif :
• Chimiothérapie (cisplatine) en 1^{re} intention.
• Immunothérapie systémique en 2^{de} intention (inhibiteurs de check-point).
- Surveillance : clinique + radiologique.
- Ne pas oublier les soins palliatifs et de confort.</td></tr>
</table>